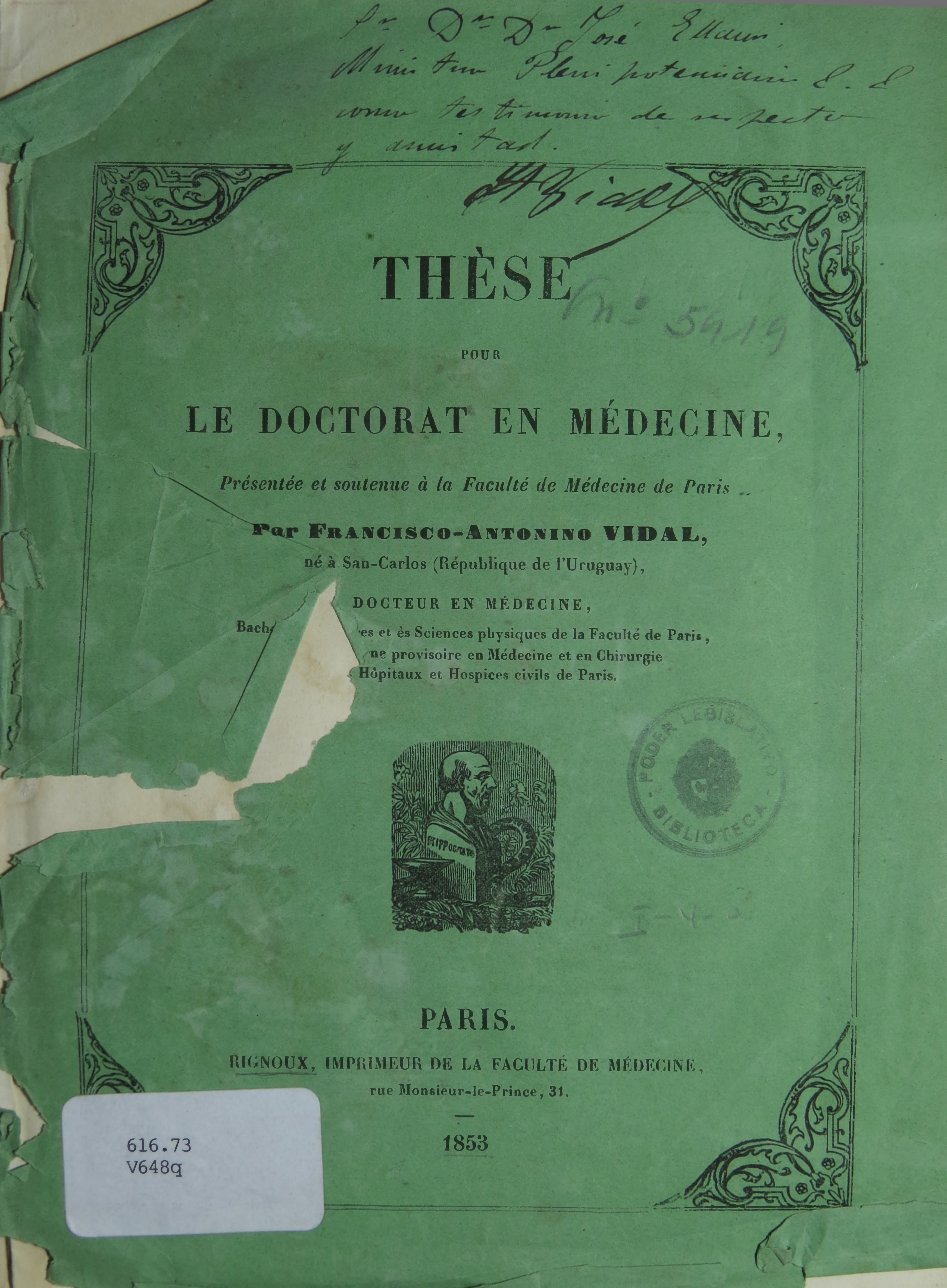


Sr. Dr. D. José Ellauri,
Ministro Plenipotenciario E. E.
como testimonio de respecto
y amistad.

F. A. Vidal

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris

Par FRANCISCO-ANTONINO VIDAL,

né à San-Carlos (République de l'Uruguay),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Bach[...]es et ès Sciences physiques de la Faculté de Paris,

[...]ne provisoire en Médecine et en Chirurgie

[...] Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

A LA MÉMOIRE

DE MON EXCELLENT PÈRE

ET

DE MA BONNE MÈRE.

A LA MÉMOIRE

DE MA SŒUR ÉLINA.

A MA FAMILLE.

Je prie M. A. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, etc., mon premier maître dans les hôpitaux, et M. BOUVIER, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants, etc., mon dernier maître, d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour les bons enseignements qu'ils m'ont donnés.

Je prie mes autres maîtres, MM. GUENEAU DE MUSSY, HÉRARD, C. BERNARD, DEMARQUAY, VIDAL (de Cassis), et le Dr V. BOULLEY, de recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Je remercie M. A. ROMBEAU, interne des hôpitaux, pour les bons conseils qu'il m'a donnés dans la rédaction de cette thèse.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LE MAL DE POTT

PAR CAUSES TRAUMATIQUES.

In omnibus fere rebus, minus valent præcepta quam experimenta.

(QUINT.)

Envoyé dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants Malades, pendant l'année 1853, par l'administration des hôpitaux et hospices civils de Paris, j'ai pu, sous la direction et avec les conseils de ce savant maître, M. Bouvier, recueillir la plupart des observations qui ont donné lieu à ce travail; j'ai dû aussi rechercher dans la science tous les faits de ce genre.

Mais d'abord rappelons que cette dénomination de mal vertébral de Pott est et doit être adoptée préférablement à toute autre, dit l'un des professeurs de cette École, M. Nélaton, parce qu'elle ne préjuge rien sur la nature de la maladie. Par cette simple réflexion, l'on peut comprendre que l'étude des causes peut être de quelque utilité dans une maladie dont les lésions peuvent souvent donner matière à discussion.

Bien qu'il soit loin de moi de faire l'histoire complète du mal de Pott, je pourrais en vérité trouver çà et là, dans les auteurs qui ont précédé Pott, quelques phrases relatives à cette affection et à sa cause traumatique en particulier. Pour n'en citer qu'un exemple, on

trouve dans le chapitre intitulé Περι αρθρῶν, d'Hippocrate, un passage dans lequel il est question d'une paralysie des extrémités inférieures chez des individus n'ayant pas éprouvé de luxations des vertèbres soit en avant, soit en arrière, mais ayant été simplement soumis à une violente commotion dans la direction du rachis.

Le premier, Percival Pott, dans un mémoire intitulé *Remarques sur cette espèce de paralysie des extrémités inférieures qui accompagne souvent une courbure de l'épine,* donna une sorte de traité dogmatique de l'affection, qui, par cela même, porte aujourd'hui son nom.

A raison, dit Pott (*OEuvres chirurgicales,* t. 3, p. 103), de cette paralysie qui accompagne la maladie de l'épine, dont je vais parler, on l'a en général traitée comme une affection paralytique à laquelle, de fait et sur presque tous les rapports, elle ne ressemble en aucune façon.

Mais déjà Pott le prévoit dans un autre chapitre, ayant pour titre *Examen de la véritable cause de la courbure de l'épine :* « Cette affection morbifique, dit-il, se montre sous des formes bien différentes. » D'après toutes les circonstances, tant générales que particulières, observées sur les vivants, d'après tous les phénomènes que présentent les cadavres, cet auteur ajoute que la maladie est due le plus souvent à ce qu'on appelle communément la disposition scrofuleuse.

Or, on ne peut craindre de l'affirmer, tous les auteurs ont marché dans cette voie; seulement c'est tour à tour la carie, et plus tard l'affection tuberculeuse des vertèbres, qu'on vient admettre comme l'élément anatomique de cette maladie. C'est en compulsant les recherches de MM. Delpech, Cayol, Chelius, Gooch, Lebert, Velpeau, Nichet, Tavignot; c'est en étudiant le mémoire de Bazille, de Louis, la thèse de M. le professeur Nélaton, qu'il m'est venu cette idée de l'importance oubliée du traumatisme dans le mal vertébral de Pott.

En considérant en effet l'influence des causes extérieures sur les maladies chirurgicales, il m'a semblé qu'il pourrait être important de

remonter à l'étude approfondie de la cause, pour arriver avec plus de sûreté à connaître la nature de la lésion anatomique.

On le comprend, je veux parler de la plus ou moins grande fréquence des tubercules par rapport aux caries, aux inflammations pures et simples des vertèbres. Analysant alors des observations de mal vertébral de Pott, par cause traumatique, qui peuvent exister dans la science; considérant celles qui me sont propres; l'autopsie, le microscope aidant, je pourrais peut-être au moins faire étudier quelques symptômes, quelques phénomènes physiologiques, sur la nature desquels on ne peut avoir des notions précises, sans la connaissance parfaite de faits bien tranchés, tels que ceux résultant, je le répète, du traumatisme. Le traitement enfin ne peut-il en tirer quelques applications?

En premier lieu, existe-t-elle cette cause, l'action traumatique? Si les auteurs classiques ne sauraient méconnaître complétement l'influence des violences extérieures sur la production de ce mal, il est vrai de dire qu'ils aiment bien mieux la rattacher à la masturbation, à l'affection tuberculeuse, à la constitution dite scrofuleuse.

Et cependant, déjà, Pott, dans ses nouvelles remarques, généralisant cette affection, annonçant, comme vraie cause de la maladie, un état maladif particulier de l'épine et de quelques-unes des parties unies avec elle, ne formule pas longuement cette proposition sans laisser percevoir la crainte de quelques objections.

Mais il étudiait une maladie nouvelle, je l'ai dit, il en faisait l'histoire.

Oserai-je dire qu'il n'avait nul besoin d'étudier, ou même d'admettre cette cause, les violences extérieures?

Ces dernières cependant ne sont-elles pas bien souvent le point de départ d'arthropathies, chez des sujets du reste assez bien consitués?

Faut-il donc maintenant établir le mécanisme par lequel cette colonne de sustentation du tronc pourra éprouver, dans l'assemblage

de l'une ou de l'autre de ses vertèbres, quelques lésions, sous l'influence d'un violent effort quelconque?

Sans vouloir parler de ces déplacements tels, qu'une vertèbre perd sa situation propre et naturelle, ne peut-on supposer qu'une violence ramène plus fortement deux vertèbres l'une vers l'autre?

Puis, si je me rappelle les effets que les contre-coups produisent assez souvent sur les membres, sur les os du crâne, il doit arriver en effet, dans certains cas, que, dans une chute sur les pieds, le fémur résiste et que cependant quelques-unes des pièces inférieures du tronc reçoivent un contre-coup propre à y occasionner des désordres.

Que dans une de ces chutes, la direction du mouvement soit telle qu'aucune des parties inférieures n'ait dû éprouver ni inflexion ni fracture, alors toute la vitesse des parties supérieures, multipliée par leur masse, vient se porter sur la partie supérieure de l'os sacrum, lequel reçoit donc un choc très-violent.

Si les ligaments, pour mieux dire tous les moyens d'union qui retiennent le sacrum en place, ne peuvent résister à un choc si véhément, il y aura disjonction de l'os.

Dans le cas contraire, ne pourrait-il du moins y avoir divulsion de quelques ligaments, contusion des cartilages, des os même ?

« Cette transmission des chocs par contre-coup, dit Bazille (*Mémoire des prix de l'Académie de chirurgie*, t. 4, 2e partie, p. 599), ne donne-t-elle pas parfaitement l'idée du mécanisme par le fait duquel ont dû se produire les accidents suivants chez un malade dont je ne puis donner ici qu'un résumé. »

« Un homme de quarante ans tombe de quinze pieds de haut; sur le moment il n'éprouve qu'une commotion générale. Au trentième jour de sa chute, il commence à boiter. Douleur sourde dans la région de l'os sacrum; au cinquième mois, paraplégie presque complète, apparition d'une tumeur au-dessous de l'arcade crurale; ouverture de l'abcès quelques jours après; mort le neuvième jour de l'opération. A l'ouverture du cadavre, carie du sacrum de la der-

nière vertèbre lombaire, destruction des muscles psoas iliaque.

« Mais, ajoute Bazille, si la divulsion, l'extension des ligaments qui unissent ces os, entrent quelquefois pour beaucoup dans la production de ces accidents, on est forcé de convenir qu'ils peuvent être la suite de la seule contusion ou du seul affaissement de la substance osseuse des vertèbres ou de la base du sacrum.

« J'ai trouvé, dit encore Bazille, que plusieurs de ces maladies, que l'on nomme dépôts du muscle psoas, pourraient avec raison être attribuées à la pression violente de la dernière vertèbre lombaire et du sacrum. »

Voici, en peu de mots, un autre fait que cet auteur choisit de préférence sur quelques autres de même nature, recueillis dans cette conjecture :

« Un homme de quarante-deux ans, vigoureux, saute d'environ 8 pieds de haut ; il ne ressent d'abord qu'une douleur assez vague dans la région lombaire ; cette douleur disparaît pour revenir bientôt. Un mois après il se forme un abcès à la partie antérieure et interne de la cuisse ; bientôt après, ouverture de l'abcès et mort du malade. A l'autopsie, carie de la partie supérieure et antérieure du sacrum, et du corps des deux dernières vertèbres lombaires. »

Comme effet consécutif des contre-coups sur les dernières vertèbres lombaires, l'on trouve encore le fait suivant dans ce même mémoire de Bazille :

« Un garçon de vingt-deux ans tombe sur les fesses de dessus un toit ; au bout de trois semaines, il accuse une douleur des plus vives dans la région lombaire. La progression devient difficile, la paraplégie se manifeste. Six semaines après, une tumeur se développe sous l'arcade crurale ; ouverture de l'abcès. Mort. A l'autopsie, carie des deux dernières vertèbres lombaires. »

Enfin Bazille va plus loin ; il se demande si, dans un faux pas, une chute sur les pieds, les parties supérieures ne portant pas d'aplomb sur le sacrum, et la chute à la renverse venant à se produire, les muscles psoas iliaques, contractés violemment pour rappeler la

ligne de gravité, ne peuvent subir une rupture, s'enflammer, s'abcéder, et par suite amener la carie des os voisins.

Si cette dernière opinion ne peut et ne doit rester qu'à l'état d'hypothèse, il me semble que l'action des contre-coups doit être bien et dûment admise, dans la production du mal de Pott.

Nous avons vu les faits analysés précédemment, en voici d'autres qu'on pourra vérifier; c'est une observation de Sabatier, intitulée carie vertébrale par effort, et insérée dans l'*Histoire de l'Académie des sciences* (an 1775, p. 7).

Ce sont encore d'autres cas de carie vertébrale par cause externe, insérés dans le *Journal de médecine* de Roux, dans l'année 1771, aux pages 525, 526, 527.

Mais, pour prendre des exemples que nous avons pu suivre nous-même, nous devons rapporter dans tous ses détails l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Robert, et exposée par ce chirurgien à la Société de chirurgie, dans la séance du 21 avril 1852, à propos des injections iodées.

«Le nommé Pian (Pierre), âgé de vingt-sept ans, cocher, est entré le 20 novembre 1851 à l'hôpital Beaujon, au n° 282 du 2e pavillon. C'est un homme de petite taille (4 pieds 7 pouces environ), d'une bonne constitution, au visage pâle, aux téguments blancs et décolorés, sans embonpoint, ayant les joues un peu creuses, s'étant toujours très-bien porté jusqu'à l'accident dont nous allons parler.

Jamais il n'a eu de toux, jamais d'hémoptysie, jamais de palpitations. Son père est bien portant, il vit encore; sa mère est morte d'une gastrite à l'âge de trente-huit ans. Quant à lui, il n'a jamais été malade; il avoue avoir fait quelques excès de femme. Relativement à la cause de sa maladie, il nous apprend qu'il a toujours été bien nourri, qu'il buvait chaque jour du vin avec modération, que souvent il a couché dans un endroit humide.

En 1849, il y a quatre ans, il est tombé d'une échelle d'environ 15 pieds de hauteur; voyant qu'elle chavirait, il a sauté : il est tombé sur les talons. Immédiatement il ressentit un epetite commotion

(textuel) dans le milieu de la région des reins ; mais il ne s'en préoccupa pas d'abord, car le même jour il put reprendre ses travaux. Cependant un mois après cette chute, il fut pris de douleurs de reins qui allèrent chaque jour en augmentant; il eut la région lombaire toute courbée en avant (textuel), à tel point qu'au bout de très-peu de jours, il fut obligé de cesser tout travail. Enfin, au mois d'avril 1849, six semaines environ après l'accident, il fut obligé d'entrer à l'hôpital.

Il fut reçu à la Pitié dans le service de M. Gendrin. Il ne présentait à cette époque pas d'autres symptômes que ceux déjà indiqués, c'est-à-dire de grandes douleurs de reins et une courbure en avant de la région lombaire assez prononcée, puisqu'il dit qu'il était ployé en avant et qu'il ne pouvait redresser son corps ni le ployer davantage en avant.

Il fut traité par les bains sulfureux fréquemment répétés, par l'application de vésicatoires volants aux lombes, et enfin on lui mit en deux fois douze cautères aux reins, six de chaque côté.

Sous l'influence de ce traitement, le malade dit qu'il ressentit quelque soulagement, mais qu'il ne fut pas guéri. Les douleurs lombaires qui n'avaient jamais été continuelles, mais qui revenaient par paroxysmes, revenaient encore par moments, comme avant ce traitement ; seulement elles étaient moins intenses. En outre, son corps s'était un peu redressé, et il était moins courbé en avant. Heureux de ce soulagement dans son état, il quitta la Pitié au bout de quatre mois, c'est-à-dire au mois d'août 1849, pour essayer de reprendre ses travaux.

Les douleurs de reins revinrent comme par le passé, non pas continuelles, mais par moments ; elles étaient très-intenses. Il lui sembla alors que la douleur traversait transversalement les reins pour venir aboutir, en se terminant, à la hanche droite. En même temps, il ne pouvait plus ployer son corps en avant. Il s'efforça de continuer cependant son travail, et le mal alla toujours en augmentant. Cependant son état général se soutint assez bon pendant dix-huit mois.

Enfin, au mois d'août 1851, il vit paraître dans l'aine droite la tumeur qu'il présentait quand il est entré à l'hôpital Beaujon.

État actuel le 29 janvier 1851 (suit la description de la tumeur).

Quelques jours après son entrée, M. Robert, par une ponction sous-cutanée, fait sortir 150 grammes de pus bien lié, etc. etc.

Suivent les injections iodées faites par M. Boinet, au nombre de quatre.

Enfin, le 19 mars, le malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, avec dyspnée intense. Matité à la base du poumon droit, râle sous-crépitant, etc. etc.

Pleurésie purulente.

Mort le 14 avril.

L'autopsie a montré :

Un verre de sérosité dans la cavité crânienne, etc. ;

Dans la poitrine, pleurésie purulente; poumon droit petit, ratatiné.

Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons; tous deux étaient gorgés de mucosités bronchiques, écumeuses. Le poumon droit offrait les caractères de l'hépatisation rouge.

Abdomen :

Le trajet allait aboutir à la partie latérale droite et inférieure du corps de la onzième vertèbre dorsale, au niveau du trou de conjugaison. Là, on sentait la partie postérieure du corps de cette vertèbre à nu. Les membranes rachidiennes étaient décollées dans l'étendue d'un pouce verticalement. L'ouverture supérieure de ce trajet était si petite, qu'on ne pouvait la trouver qu'avec un stylet aiguille de trousse. Sur la partie latérale droite de la onzième vertèbre, il y avait un petit foyer, du volume d'une aveline, rempli de pus, dont les parois étaient constituées par un tissu cellulaire assez dense adhérent aux côtes, au corps des vertèbres voisines, et en avant au feuillet pariétal de la plèvre épaissie. Ce petit foyer, en forme de diverticulum latéral, communiquait par le trou de conjugaison avec l'ouverture supérieure du long trajet situé dans la gaine

du psoas, comme on s'en assurait en courbant à angle droit le stylet enfoncé dans la gaîne du psoas ; car celui-ci s'engageait alors dans ce petit diverticulum latéral.

Dans la gaîne du psoas, le trajet purulent était noir verdâtre, les nerfs étaient disséqués et paraissaient aplatis. Le trajet purulent de la gaîne du psoas était une fente transversale de 4 lignes d'étendue, située immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, en dehors des vaisseaux fémoraux. La corps de la 11^e^ vertèbre dorsale présentait sur toute sa partie droite des crêtes rugeuses en forme de stalactites osseuses; il est rougeâtre, rosé, ainsi que ceux des 10^e^, 9^e^, 8^e^ vertèbres dorsales (traces évidentes d'ostéite). Entre la 11^e^ et la 12^e^ dorsale, le disque intervertébral a complétement disparu. Il en est de même entre les 8^e^ et 9^e^ dorsales ; la tête de la 12^e^ côte est nécrosée; la moelle était dans une intégrité complète. Il n'y avait de pus que sur la partie latérale droite et inférieure de la 11^e^ dorsale. Dans le canal rachidien, au point correspondant à cette partie, et où nous avons dit que les membranes d'enveloppe de la moelle étaient détachées des os, nous n'avons pas trouvé le moindre épanchement purulent.

Les articulations costo-vertébrales des cinq dernières côtes de chaque côté, sauf la 12^e^ du côté droit, étaient le siége d'arthrites purulentes. Nous avons pu couper facilement quelques-unes des têtes de ces côtes en tranches très-minces, très-vascularisées. La colonne vertébrale, dans toute sa portion d'orsale, paraît avoir subi un tassement; la courbure en cette région forme un arc dont la corde n'a que 13 cent. ; de plus, les corps de la 9^e^ et de la 10^e^ dorsale sont soudés. Nous n'avons pu voir aucune communication entre le foyer purulent qui, situé sous la plèvre, entourait toutes les lésions osseuses précédentes de la cavité pleurale elle-même. »

Or déjà le chirurgien de Beaujon, M. Robert, en étudiant ce malade, fait remarquer qu'il porte avec lui un grand enseignement. La maladie des vertèbres, l'*ostéite,* comme il l'appelle, est venue chez ce sujet à la suite d'une chute sur les talons et probablement

à cause du tassement qui avait été la conséquence de cette chute.

A ce grand nombre de faits relatifs au mal vertébral de Pott, se développant ainsi consécutivement à des lésions par contre-coup, je me bornerai à joindre sans commentaire une seule de mes observations, l'observation n° 1, exposée le plus brièvement possible.

Du reste, cette observation, comme plusieurs de celles qui vont suivre, me fournira quelques réflexions d'une autre nature, comme je l'ai dit en commençant.

Observation I. — Le 22 avril 1853, il est entré au n° 8 de la salle Saint-Louis, service de M. Bouvier, le nommé Guérin, âgé de quatorze ans.

Cet enfant, issu de parents bien constitués, a une sœur qui jouit d'une excellente santé; pour lui, il a toujours été faible et maladif.

A l'âge de quatre ans trois mois, en marchant il tombe sur les fesses: c'est depuis cette époque qu'il éprouve des douleurs dans le dos, qui lui arrachent des larmes et des cris. Quinze ou vingt jours après ce léger accident, ses parents s'aperçoivent que l'épine dorsale présente une saillie.

Cette gibbosité est insensible à la pression et à la percussion; elle paraît formée par les quatre dernières vertèbres dorsales et les trois premières lombaires. Depuis, le malade marche avec un peu de difficulté, mais toujours il conserve ses mouvements et sa sensibilité; les autres fonctions se remplissent fort bien.

Vers l'âge de neuf ans, une tumeur commence à se former à la région lombaire gauche. Cette tumeur atteint le volume du poing, elle s'ouvre spontanément trois mois après son apparition par deux endroits différents. Ses trajets fistuleux donnent encore une sérosité purulente.

D'abord que cette tumeur s'est ouverte, il s'en développe une seconde à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Celle-ci met trois mois pour atteindre son complet développement, elle s'ouvre alors spontanément, puis la plaie se cicatrice.

Un an après, une troisième tumeur de même nature paraît à l'aisselle gauche, atteint la grosseur d'un œuf de poule, s'ouvre spontanément; mais, cette fois, l'ouverture ainsi produite reste encore fistuleuse.

Depuis l'ouverture spontanée de la première tumeur, le malade ne trouve plus et n'a plus de crachats sanguinolents.

Pendant l'hiver, il se développe de l'anasarque.

Jamais cet enfant n'a subi de médication bien active.

Du reste, bonne alimentation.

16 avril. Depuis son entrée à l'hôpital, nous pouvons constater une toux fréquente, de la bouffissure de la face, la respiration accélérée, l'œdème des membres inférieurs.

Le 17. L'anasarque est très-considérable, la respiration très-pénible, le pouls est petit, accéléré, l'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants très-fins.

L'urine est fortement chargée d'albumine, elle précipite abondamment par l'acide nitrique.

Ballonnement du ventre. Le malade est dans un état d'asphyxie imminente.

Mort le 28 avril.

Autopsie le 29. On remarque une cicatrice au niveau de la crête iliaque gauche, non loin de la colonne vertébrale. Une fistule existe au niveau de cette crête iliaque, entre l'épine antéro-supérieure et le rachis. Le trajet fistuleux communique avec la cavité formée par la destruction du corps de la douzième vertèbre dorsale. Depuis la cinquième vertebre dorsale jusqu'aux vertèbres lombaires, on trouve des traces d'une ancienne inflammation superficielle sur la partie antérieure du corps de ces vertèbres ; celles-ci sont enfin recouvertes d'une fausse membrane ayant l'aspect du fibro-cartilage; cette couche a bien 1 centimètre d'épaisseur. Le corps de la douzième vertèbre dorsale et son disque est presque complétement détruit ; il est tassé sur celui de la première lombaire. Le corps des premières lom-

baires est ramolli, affaissé, se laissant facilement pénétrer par la pointe du scalpel.

La gibbosité comprend les quatre dernières dorsales et les quatre premières lombaires.

Les reins sont pâles, décolorés. La substance tubuleuse est atrophiée, des arborisations en étoile se rencontrent à la surface de la substance corticale (troisième degré de la néphrite de M. Rayer).

L'urine, qui se trouve dans la vessie, est fortement albumineuse. Il y a de l'épanchement séreux dans l'abdomen. Les poumons sont sains. Pas de traces de tubercules dans les vertèbres; leur coupe est rougeâtre, d'un rouge vineux.

L'action des contre-coups une fois admise, je constate, si l'on peut s'exprimer ainsi, une deuxième variété de cause du traumatisme.

Il s'agit de la flexion exagérée de la colonne vertébrale; les auteurs en sont moins riches, et cependant voici deux observations bien probantes que j'ai pu recueillir.

OBSERVATION II.— Lessence, enfant âgé de cinq ans et demi, entre au n° 29 de la salle Saint-Augustin, hôpital des Enfants, service de M. Bouvier.

Cet enfant est d'une bonne constitution; au commencement de cette année, il fait une chute d'un premier étage; il tombe sur la tête. Le corps éprouve une forte flexion en avant. Depuis lors, douleur, tendance à l'inclinaison de la tête en avant; le malade la tient avec les mains.

Les mouvements de rotation de la tête sur le cou sont du reste faciles.

Consécutivement les apophyses épineuses des cinquième, sixième cervicales proéminent, forment gibbosité en arrière.

La famille de cet enfant vient de le retirer de l'hôpital.

Observation III. — Le nommé Lefèvre est entré au n° 6 de la salle Saint-Augustin, hôpital des Enfants, service de M. Bouvier, dans le courant de l'année 1852.

Cet enfant est né de parents bien constitués; lui, il présente une bonne constitution, il est très-bien portant jusqu'à l'âge de trois ans.

A cette époque, vers le milieu de 1848, sa mère, le tenant dans ses bras, fait une chute en avant, l'enfant éprouve une forte flexion de la colonne vertébrale en avant; le coup porte sur la face.

Après cet accident, une paralysie des membres inférieurs vient à se manifester; la démarche du petit malade est vacillante. Six mois après la chute, il se forme une déformation de la poitrine et de l'épine dorsale. Aujourd'hui la gibbosité occupe toute la région dorsale.

Deux mois après l'apparition de cette gibbosité, il se développe un abcès considérable dans l'aine gauche. L'ouverture est faite par un coup de lancette, il s'échappe une assez grande quantité de pus, puis l'ouverture se referme. Le petit malade reste plus de trois ans chez ses parents avec une paraplégie complète; il ne subit aucun traitement.

Depuis son entrée, pendant plusieurs mois, on lui applique l'électricité; des ventouses sont posées, à intervalle, le long de l'épine dorsale. Même état. Cet enfant est sorti de l'hôpital sur la demande de sa famille.

Le mécanisme par lequel la lésion a dû se produire dans ces deux cas, et dans ceux qui leur sont analogues, me semble se rattacher en partie à celui que nous avons exposé précédemment; je veux dire que le résultat sera le même dans tous les cas.

En effet, il y aura encore pression exagérée de deux ou de plusieurs vertèbres, mais dans un sens, et par suite, tendance aux mêmes accidents consécutifs; seulement l'action mécanique se passe immédiatement au niveau de la colonne vertébrale.

L'épine du dos présente une forte colonne articulée et mobile,

c'est vrai, plus articulée même qu'on ne le croyait jusque dans ces derniers temps. Il a été démontré, en effet, par une présentation faite récemment à la Société de biologie, que les courbures naturelles du rachis ne dépendent point de la forme en coin des vertèbres, comme les frères Weber et la plupart des anatomistes l'admettaient, mais bien de la présence des ligaments sus-épineux qui font basculer par celà même plus ou moins le corps des vertèbres en arrière, suivant les régions.

On sait cependant combien sont limités les mouvements de flexion et d'extension de ces segments, même avec les courbures naturelles, et les proportions inverses en force, en résistance aux poids qui s'établissent dans les courbures naturelles.

Je vais plus loin : si les mesures que donnent les frères Weber dans l'*Encyclopédie anatomique* (t. 2) sont exactes, la tête ne doit pas fléchir sur le bassin au delà de 245°, de telle sorte que près des deux tiers de l'angle appartiennent aux vertèbres cervicales et à l'articulation céphalo-rachidienne, le dernier tiers aux vertèbres lombaires.

Le mécanisme, ainsi formulé, me paraît établi d'après mes observations 2 et 3.

Restent maintenant à constater, dans la production du mal de Pott, l'influence des violences extérieures, appliquées directement sur le rachis. Cette variété du traumatisme est évidemment celle que la généralité des auteurs ne peuvent absolument rejeter. Un fait, a-t-on dit, n'est rien qu'un fait; mais c'est toujours un fait. D'un autre côté, de nombreuses observations de ce genre se trouvent dans la science; je me bornerai à renvoyer aux sources, en particulier au *Journal de médecine* de Roux, année 1771, t. 36 ; année 1782, p. 350 et suiv.

Je dois, au contraire, maintenant exposer celles que j'ai suivies dans le service de M. Bouvier, aux Enfants Malades.

Observation IV. — Le 13 décembre 1852, est entré au n° 12 de

la salle Sainte-Geneviève, à l'hôpital des Enfants Malades, service de M. Bouvier, la nommée Gibert, âgée de sept ans et demi.

Cette jeune malade est née de parents qui ont toujours joui d'une bonne santé, elle se porte parfaitement bien jusqu'à l'âge de quatre ans. A cette époque, elle fait une chute dans un escalier; depuis elle accuse des douleurs dans la région dorsale, de la faiblesse dans les membres inférieurs.

A son arrivée à l'hôpital, on constate de la paraplégie. Pendant dix-huit mois de séjour aux Enfants Malades, une gibbosité peu considérable se forme; elle paraît comprendre les quatre dernières vertèbres dorsales. L'état général s'affaiblit; on n'emploie aucun traitement actif. Quoi qu'il en soit, les mouvements des membres inférieurs reparaissent en partie.

Dans le courant de janvier, la malade conserve encore la motilité, la sensibilité des membres; elle peut marcher, mais l'état général s'aggrave; la toux devient fréquente. L'auscultation de la poitrine fait reconnaître l'existence de tuberculos; la mort survient le 31 janvier 1853.

Autopsie. Tout le sommet du poumon droit présente des tubercules soit à l'état de crudité, soit à l'état de ramollissement. Le muscle psoas du côté gauche, en partie détruit à son centre, contient environ 40 geammes d'un pus crémeux, communiquant avec une sorte de poche formée par les vertèbres détruites, telle que nous allons la décrire.

Le corps des quatre dernières vertèbres dorsales et celui de la première vertèbre lombaire sont détruits. En leur lieu et place, il est une matière caséiforme jaunâtre, contenue elle-même dans une poche bilobée; chacun de ses lobes est placé sur les côtés de la colonne vertébrale, il présente le volume et la forme d'un œuf de poule.

M. Charles Robin, agrégé de la Faculté, a bien voulu faire l'examen au microscope de la matière contenue à l'intérieur de cette tumeur. Cet habile micrographe n'a point trouvé trace de l'existence de tubercules. Cette analyse y a déterminé seulement une matière animale

contenant des sels calcaires, mais sans corpuscules osseux. Le canal vertébral a conservé ses diamètres; la meelle a sa consistance normale.

Observation V. — Le 14 mai 1853, est entré, au n° 18 de la salle Saint-Louis, Suard (François). Les parents de ce jeune malade ont une bonne constitution, il a des frères et des sœurs qui jouissent d'une excellente santé. Faible et maladif jusqu'à l'âge de trois ans; depuis lors sa santé semblait s'améliorer; il était très-bien portant il y a dix mois, époque à laquelle il fit une chute dans un escalier; la région dorsale porta sur le bord d'une marche. Immédiatement après cet accident, il éprouva des douleurs dans la région dorsale, et le lendemain il ne put plus remuer ses jambes.

Depuis six mois, la paraplégie devint complète; une gibbosité parut dans la région dorsale; le malade a éprouvé dans les jambes tantôt des tremblements, tantôt des contractures. — Huile de foie de morue, sirop antiscorbutique.

État actuel.

Le malade présente, de la première à la huitième vertèbre dorsale, une gibbosité insensible à la percussion; cette gibbosité a un sommet assez aigu, formé par l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre.

La paraplégie est complète; les mouvements réflexes existent, mais sont peu marqués. Le malade ne peut se tenir assis sans appuyer les mains sur son lit, afin de maintenir le poids de son corps.

Constipation, déformation du thorax. Le malade quitte l'hôpital dans cet état.

Observation VI. — Le 31 décembre 1852, est entrée au n° 14 de la salle Saint-Louis, hôpital des Enfants, service de M. Bouvier, la nommée Bellard âgée de treize ans.

Si ce malade présente un tempérament lymphatique, il a du reste toujours joui d'une bonne santé.

Il y a un an, il tombe d'une charrette sur le pavé, le coup porte au

niveau de la huitième vertèbre dorsale; depuis lors une gibbosité se forme entre ce point et le niveau de la quatrième vertèbre de la même région. Cette déformation oblige le malade à se tenir courbé en avant. Quatre mois après l'accident, cet enfant entre à la salle Saint-Jean; il reste deux mois. (Huile de foie de morue, application de quatre cautères de chaque côté de la gibbosité.) Trois semaines après, nouvelle application de quatre autres cautères. Il y a un mois enfin, en courant il tombe sur les genoux; cet accident est immédiatement suivi de paraplégie. Aucun traitement n'est mis en usage.

Etat actuel, 5 janvier 1853.

Paraplégie complète, la sensibilité des membres inférieurs est obtuse; les mouvements volontaires sont complétement abolis; mais je note l'existence de mouvements réflexes. On produit ces derniers en pinçant la peau du pied, en appliquant un corps froid ou chaud.

Roideur des membres inférieurs; parfois mouvements spontanés; refroidissement dont le malade n'a d'ailleurs pas conscience. Depuis dix jours, l'excrétion urinaire a considérablement augmenté; constipation. — Régime substantiel.

20 janvier. (Friction avec la pommade du *doliquos* sur les jambes et les cuisses; éruption, cuissons assez intenses.) Trois semaines après il quitte ce traitement pour prendre à l'intérieur de l'eau minérale.

Le 18 mars M. Bouvier lui prescrit une cuillerée de sirop de sulfate de strychnine (la cuillerée est de 10 grammes, et contient 0,005 de sulfate de strychnine); le 19, une cuillerée; les 20 et 21, deux cuillerées; le 22, deux cuillerées. Roideur considérable; on suspend l'administration de la strychnine.—Les 28 et 31, une cuillerée; du 1er au 3 avril, deux cuillerées; le 6 avril, quatre cuillerées. On suspend de temps à autre par suite du dévoiement. — Le 14 et 15, deux cuillerées. Deux minutes après l'introduction de ce mé-

dicament, le malade éprouve une forte roideur du tronc et des membres inférieurs. Il est dans l'extension la plus complète; la sensibilité est tellement exaltée dans les parties paralysées, que le moindre attouchement provoque les cris du malade. La glotte fait entendre un sifflement aigu dans l'inspiration; expectoration abondante de crachats spumeux. La face est injectée, les lèvres violacées, les veines jugulaires distendues; la cage thoracique est immobile; le pouls est faible, précipité : cet état dure dix minutes. Vingt minutes se sont-elles écoulées, que la roideur cesse, et les jambes sont prises de tremblement. Le 18, le malade exécute quelques mouvements volontaires d'élévation de la cuisse et d'extension de la jambe. Le 19, il marche quelques instants en s'appuyant sur les meubles qui l'entourent. Le 28 avril, l'amélioration continue; parfois les mouvements deviennent plus difficiles dans la jambe gauche, qui, du reste, a toujours été plus faible que la droite depuis le début de la maladie. Le 20 mai, les mouvements de flexion de la jambe sont de plus en plus marqués; le malade peut même marcher quelques instants en s'appuyant d'une seule main.

Observation VII.—Le 25 mai 1853, est entré à l'hôpital des Enfants Malades, service de M. Bouvier, salle Saint-Louis, n° 8, Remy (Alphonse), cet enfant, issu de parents bien portants, jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de cinq ans. A cet âge, la planche postérieure d'une charrette lui tombe sur la partie inférieure de la région dorsale. Consécutivement à cet accident il commence à ressentir des douleurs dans cette région. Deux ans plus tard, et sans que le malade éprouve d'accident dans cet intervalle, une gibbosité se développe à la partie inférieure de la région dorsale. On applique quelques emplâtres au niveau de cette tumeur : celle-ci prend du développement; l'enfant est obligé pour marcher de se tenir courbé en avant, et d'appuyer ses mains sur ses genoux pour se soutenir.

Deux ans après l'apparition de cette gibbosité, une tumeur soulève

la région de l'aine gauche : en six mois elle atteint la grosseur de la tête d'un adulte, s'ouvre et laisse échapper une grande quantité de pus.

Depuis lors cette plaie reste fistuleuse. A l'âge de deux ans et demi une autre tumeur soulève la région sus-clavière gauche ; elle atteint la grosseur d'une pomme ordinaire, et s'ouvre pour rester également fistuleuse.

Aujourd'hui la gibbosité assez considérable, insensible à la pression, à la percussion, paraît formée par les quatre dernières dorsales et les quatre premières lombaires. Le malade n'a jamais éprouvé de fourmillements dans les membres; seulement parfois il éprouve une sensation de refroidissement dans les membres inférieurs. Il conserve toujours la sensibilité et la motilité.

Dans le courant de l'année 1851 il entre à l'hôpital des Enfants, il y reste huit mois, il y prend l'huile de foie de morue.

Le 17 juin, bouffissure de la face, œdème qui se généralise ; respiration difficile, anxieuse ; urine albumineuse. Mort.

Autopsie, le 15 juin. La gibbosité est formée par les neuvième, dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales, et même la première lombaire. Les corps des douzième, onzième dorsales, et de la première lombaire, sont presque détruits. Ils sont tassés les uns sur les autres, ils forment une sorte de cavité contenant un détritus osseux. Il est enfin une semi-luxation de la douzième dorsale en arrière. Le corps des quatre premières lombaires est ramolli, gorgé de sang, couleur lie de vin ; l'ostéite est manifeste. Ces vertèbres se laissent facilement pénétrer par la pointe du scalpel. Le foyer formé par la destruction de la onzième et de la douzième dorsale communique par un trajet fistuleux de la grosseur du petit doigt avec le psoas gauche, qui dans un point est en partie détruit, et dans un autre remplacé par une matière graisseuse. Ce trajet fistuleux passe dans l'anneau crural, se continue dans la cuisse, et vient se terminer à l'extérieur, à l'union du tiers supérieur avec le tiers

moyen de la partie interne de la cuisse, par deux ouvertures distantes de 2 centimètres. Le pus de cet abcès a dénudé le fémur dans quelques points.

La fistule de la région sus-clavière gauche passe derrière le sterno-mastoïdien et communique avec le corps des sixième et septième vertèbres cervicales ramollies et cariées. Entre la septième cervicale et la septième dorsale, se trouve une courbure de compensation, à convexité tournée en dedans, à concavité dirigée en dehors.

Tous les disques intervertébraux compris dans cette courbure de compensation sont détruits et en partie résorbés. Le corps de toutes ces vertèbres est gorgé d'un sang noirâtre. Le rein gauche est de moitié plus volumineux que le droit. La substance corticale est décolorée, jaunâtre; cette substance est remplacée par une matière graisseuse sans traces de vascularisation. La substance tubuleuse est atrophiée. L'urine est albumineuse.

Un épanchement séreux considérable remplit la cavité pleurale droite. Le poumon droit est refoulé en haut, il n'égale pas la grosseur du poumon d'un enfant de deux ans. Le poumon gauche est également fort petit; ces poumons, du reste sont sains. Il n'y a pas de trace de tubercule nulle part.

La moelle paraît avoir sa consistance normale.

Observation VIII. — Le 26 janvier 1853, est entrée, au nº 12 de la salle Sainte-Geneviève, hôpital des Enfants, service de M. Bouvier, la nommée Lignon (Louise), âgée de huit ans. Le père et la mère de cette enfant jouissent d'une très-bonne santé, elle a un frère et une sœur de constitution robuste et bien portants. Elle paraît d'abord assez bien constituée; elle a la peau brune, les cheveux noirs. Elle jouit d'une bonne constitution jusqu'au mois d'octobre 1849, époque où elle tombe à la renverse.

Dans sa chute, la région dorsale de la colonne vertébrale por violemment sur le bord du trottoir. Il se manifeste, peu après l'ac-

cident, une forte contusion, avec ecchymose au niveau de la partie indiquée.

Bientôt après cette chute, l'enfant a de la fièvre, des vomissements.

Elle entre à l'hôpital pour y rester six semaines; en même temps il apparait de la faiblesse dans les jambes, deux ou trois mois après la chute.

Une gibbosité commence à se former au niveau de la région dorsale; elle est insensible à la percussion.

La poitrine est déformée; le diamètre vertical est considérablement diminué, le sternum fait fortement saillie en avant. Le cou semble enfoncé entre les épaules. L'enfant a recouvré la motilité; elle marche bien, elle a toute la sensibilité des membres inférieurs; elle se trouve encore à l'hôpital.

Ici, je dois borner le nombre de ces faits, j'ai choisi évidemment ceux qui m'ont paru les plus nets et les plus propres à étudier certains points du mal de Pott.

De l'étude bien faite de ces observations, il me semble pouvoir résulter, comme incontestable au moins dans un grand nombre de cas, que l'action traumatique est méconnue dans la production du mal de Pott.

Nous voyons en effet des malades atteindre l'âge de trois, quatre, cinq ans et plus avec tous les signes d'une bonne constitution, avec une santé florissante, puis, immédiatement après une chute, après un coup reçu sur la région dorsale ou autre, présenter successivement tous les symptômes de cette terrible maladie, le mal vertébral de Pott, de manière à en arriver trop souvent à une terminaison fatale.

Et non-seulement il en est ainsi chez l'enfant; mais encore des observations dignes de foi nous ont montré qu'il peut en être de même chez l'adulte.

Comment nier en vérité un fait d'observation?

C'est qu'une fois ce fait admis, je lui crois de l'importance pour arriver à connaître la nature de la maladie.

Une fois reconnu le traumatisme, qu'est-il besoin d'admettre invariablement le tubercule ? L'inflammation apparaît là comme partout ailleurs. Il en résulte la carie, la nécrose d'une portion du corps des vertèbres, les abcès par congestion etc., en un mot toute la série de ces terribles lésions du mal de Pott.

Ce n'est pas à dire, bien entendu, qu'il faille absolument rejeter la présence du tubercule dans tous ces cas difficiles, dans tous ces cas couteux, où l'on peut hésiter à admettre soit l'infiltration tuberculeuse, soit l'infiltration purulente.

Mais avec ce que l'on peut constater, avec les faits observés sous la direction de M. Bouvier, on peut au moins avancer que la carie vertébrale simple est plus commune qu'on ne l'enseigne.

Ne voyons-nous pas d'abord cette question, soulevée avec de rigoureux arguments, devant la Société anatomique ; puis dans deux cas le microscope venir nous apporter la preuve *sine qua non*, l'élément histologique? Là (observation 4), c'est M. Charles Robin, cet habit micrographe, qui ne trouve nulle trace de l'élément tuberculeux, comme on peut le voir dans l'analyse qu'il a bien voulu faire de la matière contenue dans l'intérieur de la tumeur.

Plus loin, c'est M. Mandl, qui, dans un fait de même genre, ne trouve pas encore de trace de tubercule.

Qui plus est, si nous voulions maintenant puiser à d'autres sources qu'à nos observations, nous grossirions bien autrement les preuves à l'appui de l'opinion que nous discutons ici. Il est évident que la matière jaunâtre, grenue, rassemblée autour des vertèbres malades n'est souvent que du pus concret.

Des recherches micrographiques de M. Lebert, il résulte que les parties de tissus cellulaires, dont les débris traversent la partie cariée, présentent, en s'infiltrant de pus, une résistance assez marquée pour ressembler à des tubercules : rien par conséquent n'autorise donc à rapporter ces cas à la carie tuberculeuse des vertèbres.

Enfin tout récemment, dans l'observation du service de M. Robert, dans les remarques de ce savant chirurgien à propos de ce fait, ne

voit-on pas qu'il ne regarde point l'abcès comme lié à une maladie tuberculeuse.

C'est même pour cette raison, ajoute M. Robert, que la cure radicale par les injections iodées, devait *a priori*, nous paraître plus assurée, ce que l'événement n'a pas justifié.

Loin de nous, maintenant, de passer successivement en revue tous les symptômes, tous les accidents qui constituent le mal vertébral de Pott.

La marche de cette maladie survenue par suite de cause traumatique, ne diffère pas sensiblement de celle qu'on observe dans cette affection venue spontanément.

Deux proportions me paraissent cependant résulter de l'étude clinique, faite au lit du malade :

1° Très-souvent la déformation de l'épine arrive sans avoir été précédée de douleurs;

2° On a en général affaire à des paralysies incomplètes; il y a presque toujours action reflexe.

Contrairement à ce que je viens d'énoncer, l'on dit généralement que le symptôme qui annonce le début de cette affection est une douleur sur un des points du trajet de la colonne vertébrale; puis les auteurs étudient longuement ce symptôme douleur.

Il est loin cependant d'en être toujours ainsi, et c'est même peut-être encore une raison pour faire méconnaître la cause que nous avons mentionnée dans la production du mal de Pott.

Je m'explique : un sujet éprouve une violence quelconque, directement sur la colonne vertébrale; il tombe à la renverse; un corps lancé violemment vient le frapper, ou bien les vertèbres, leurs articulations, éprouvent l'effet d'un contre-coup. Les lésions pathologiques du mal de Pott, de la carie vertébrale, se développent lentement, parfois même la gibbosité apparaît subitement et bien après le début de la maladie.

Or, pendant tout cet intervalle, il n'y a pas eu de ces prétendues douleurs caractéristiques, ou bien elles se sont à peine prononcées;

or ce fait d'observation bien souvent nous avons pu le constater, et M. Bouvier nous l'a montré. Aussi, comme je l'avance, ne craint-il pas de poser en principe que très-souvent la déformation de l'épine arrive sans avoir été précédée de douleurs.

Du reste, ce n'est point la seule erreur à laquelle puisse donner lieu ce symptôme douleur, si difficile à étudier dans presque toutes les maladies.

Pour n'en citer qu'un exemple, le mot pleurodynie vient sous ma plume.

Pour revenir à mon sujet, je me rappelle avoir été par exemple singulièrement surpris en lisant à propos de ce travail, dans le journal in-12 de Vandermonde (t. 9, p. 517), cette observation de douleur lombaire due à la carie de la première vertèbre lombaire et attribuée à la néphrite calculeuse.

L'étude de la paralysie des parties empruntant leurs nerfs à la région de la molle située au niveau ou au-dessous du point altéré, est également d'un immense intérêt.

Que le malade ait ou n'ait pas éprouvé de fourmillement dans les membres, de sentiment de froid ou de chaleur, toutes sensations qui sont loin d'être constantes, le malade voit en général se développer insensiblement, graduellement, les phénomènes de paralysie. Or, je ne crains pas de l'avancer, ces paralysies sont toujours incomplètes.

Chez les sujets même où la motité semblait le plus manquer, la sensibilité tactile, le plus évidemment abolie (ce qui se voit plus rarement), toujours j'ai observé des phénomènes d'action reflexe.

Pour en prendre un exemple que j'ai pu étudier chez l'enfant dont l'observation porte le n° 6, la sensibilité des membres inférieurs est assez obtuse, les mouvements volontaires sont complétement abolis. Mais si l'on vient à pincer la peau du pied, si même on applique en cet endroit un corps froid ou chaud, aussitôt les membres viennent à se rétracter. Combien ces phénomènes physiologiques ne seraient-ils point importants à étudier?

N'est-ce pas en effet avec ces exemples de lésions traumatiques que l'on arrivera peut-être à connaître complétement la nature de ces phénomènes étudiés en physiologie, sous la dénomination de *pouvoir reflexe de l'appareil nerveux*. Les exemples ne vaudraient-ils pas mieux que les vivisections elles-mêmes qui laissent toujours à désirer, quand bien même elles sont le plus concluantes, puisqu'elles ne sont pas prises sur l'homme.

Si par malheur dans les cas qu'il m'a été donné de suivre, je n'ai pu, comme je l'aurais désiré, constater l'influence de l'électricité sur les muscles pendant la vie, du moins me suis-je occupé de leur état après la mort. Or, la réserve me commande d'ajouter que l'amaigrissement général vient encore augmenter la difficulté de la constatation de ce fait.

D'un autre côté, combien l'étude de ces paralysies doit-elle être importante en voyant les physiologistes se préoccuper toujours, à propos du pouvoir reflexe, de démontrer que la propriété exitomotrice de la moelle lui appartient en propre, et que ces effets ne sont pas dus simplement à la survivance temporaire d'une force primitive émanée de l'encéphale.

Entre tous les faits pathologiques que fournit la science, il en est principalement quelques-uns qui me semblent plus propres à faire admettre cette action réflective de la moelle que toutes les vivisections possibles : c'est cette observation de carie vertébrale qu'on trouve à la page 322 du tome 7, de l'année 1825, des *Archives générales de médecine;* c'est encore dans le tome 7, de la 3^{me} année des *Archives,* à la page 328, l'observation portant le n° 7, prise par M. Velpeau sous M. Bougon.

Un mot encore. L'on peut voir dans ces observations que ces phénomènes ont persisté chez des sujets dont la moelle était cependant détruite dans l'étendue de un à plusieurs pouces.

Si je ne craignais de m'écarter de mon sujet, je rapporterais ici avec plus de détail un fait que je viens d'étudier tout récemment.

Il s'agit, dans ce cas, d'une moelle remplacée dans l'étendue de trois travers de doigt, par une masse tuberculeuse, comme le microscope me l'a démontré.

Cette masse à élément histologique du tubercule s'arrête à peine à un centimètre au-dessus de la terminaison de la moelle, et cependant les mouvements réflexes persistèrent jusqu'à la mort chez le malade dont provient cette pièce intéressante.

J'arrive aux quelques réflexions que me suggère le traitement du mal de Pott. Avant cela cependant, je dois appeller encore l'attention sur ces deux observations où j'ai vu l'albuminurie coincider avec le mal vertébral de Pott.

En analysant ces faits, la réflexion m'est venue qu'il n'y avait peut-être pas seulement coincidence entre ces deux affections, et qu'il pouvait bien y avoir un certain rapport entre l'albuminurie, les lésions rénales observées, et les désordres constatés également sur le système nerveux. M. Cl. Bernard, à qui j'ai fait part de cette affection, m'a conseillé d'étudier d'autres faits analogues, d'en chercher d'autres si c'est possible, avant de m'empresser de conclure.

La première indication, dans le traitement du mal de Pott par cause traumatique, sera de combattre le travail phlegmasique dont j'ai cru démontrer l'existence, me basant sur ce que les maîtres de l'art admettent bien, au moins pour le traitement préventif des tumeurs blanches en général; dès-lors le traitement local doit avoir seul de l'efficacité.

Dans ces cas indiqués, les émissions sanguines locales, l'immobilité, les frictions, les topiques quelconques, pourront être avantageusement employés.

Quoi qu'il en soit, la maladie faisant des progrès, les gibbosités, les abcès se manifestant, la thérapeutique apporte encore quelques ressources. Ces moyens mis en usage dans les périodes avancées du mal vertébral de Pott sont plus nombreux qu'efficaces; c'est ce que je vais examiner, avant de terminer pour le traitement local en particulier.

J'appellerais en outre l'attention sur les effets de la strychnine dans les cas que j'ai pu suivre moi-même.

Le traitement local, je l'avance d'après l'expérience de M. Bouvier, est loin d'avoir la valeur qu'on lui accorde généralement.

Sans doute que le nombre considérable d'observations qui existent dans la science à ce sujet a établi ce fait, qu'il fallait y avoir recours; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille attacher au cautère et autres exutoires de ce genre une importance trop grande.

Trop souvent l'action du médicament sur un symptôme ne peut-elle ici, comme en d'autres points de la thérapeutique, induire en erreur sur sa valeur véritable. Par exemple, dans nos observations, parfois la maladie suit une marche lente et régulière, si l'on peut s'exprimer ainsi.

M. Bouvier appelle notre attention sur les douleurs assez vives qui se manifestent. Il applique des cautères; bientôt les douleurs disparaissent, et néanmoins, après un certain temps, des abcès se manifestant, la mort arrive.

Ne peut-on conclure alors, avec une apparence de raison, que le cautère peut faire cesser les douleurs lorsqu'elles existent; mais aussi pourquoi tout autre révulsif, l'huile de croton, la pommade stibiée, les ventouses, la créosote, ne jouiraient-ils pas du même privilége?

Mais c'est surtout contre la paralysie et les abcès qui se rencontrent dans le mal de Pott que nous avons pu constater le peu d'efficacité du cautère.

Avec les mêmes lésions des vertèbres, que de différences dans la production de ces vastes abcès *migrateurs* par *congestion*.

Là des abcès se forment ou persistent, malgré l'existence de cautères en suppuration; ici l'abcès ne se développe pas, ou, s'il apparaît, c'est pour s'ouvrir, se cicatriser, disparaître, sans que cependant on ait fait l'application de cautères. Mais, dans nos paralysies, avons-nous jamais vu un effet immédiat? Non; il faut souvent plusieurs

mois après l'application de cautères pour avoir une amélioration en général bien légère, et encore n'a-t-on pas de preuves bien absolues pour croire que l'effet doit être bien et dûment rapporté au cautère.

Je parle avec l'étude exacte d'un assez bon nombre de faits. Je ne crains pas, dis-je, d'avancer qu'il y a autant de cas où la paralysie persiste malgré les cautères, qu'il y en a où elle disparaisse sous leur influence, même en partie.

Je dois signaler l'effet immédiat que j'ai pu étudier dans quelques cas, notamment dans l'observation 6, à la suite de l'administration de la strychnine, dans une de ces paralysies des membres inférieurs.

Pour l'électricité, elle n'a produit aucune amélioration chez nos malades, quoique cependant M. Bouvier y ait bien souvent eu recours, dans l'idée d'entretenir l'irritabilité musculaire.

Ces effets de la strychnine ont du reste été bien étudiés, comme le rapporte Ollivier (d'Angers) dans son traité des maladies de la moelle, t. 2.

L'on connaît les expériences de MM. Magendie et Flourens sur cette substance, et sur les végétaux de la famille à laquelle elle appartient.

N'est-ce pas un bel exemple de cette action que celle du fait de mon maître M. Bouvier (observation 6), où l'on voit ce médicament, administré à l'intérieur, faire rapidement sortir la moelle de l'état de stupeur où elle est plongée, et ramener ensuite insensiblement ses fonctions à leur rhythme normal.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du siphon ; sa théorie. Applications physiologiques et thérapeutiques.

Chimie. — Des caractères distinctifs du foie de soufre.

Pharmacie. — Des amers fournis par la famille des asparaginées et des liliacées; indiquer les aliments et les médicaments fournis par chacune de ces deux familles.

Anatomie. — Des lois qui président à la distribution des nerfs dans les muscles.

Physiologie. — Quelles sont les fonctions du fœtus?

Pathologie interne. — De l'inflammation des ganglions lymphatiques.

Pathologie externe. — Des abcès du cou.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hydropisies.

Anatomie pathologique. — De la solution de continuité spontanée.

Accouchements. — Des présentations de la face pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des applications thérapeutiques du bichlorure de mercure.

Médecine opératoire. — De l'amputation dans l'articulation du genou.

Médecine légale. — Des maladies dissimulées.

Hygiène. — De l'action des miasmes putrides sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

BÉRARD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 19 août 1853.

